【耳鼻咽喉科 問診票】

氏名 様 年齢 歳

身長 cm 体重 kg

１．本日はどのような症状で受診されますか？

 お困りの症状：

 いつから： 月 日 から

 日前 週間前 ヶ月前 年前 から

２．これまでに病気にかかったことがありますか？

 （ ）なし

 （ ）あり → 病気の名前を○で囲んでください。

 高血圧 気管支喘息 糖尿病 心臓の病気 脳出血 脳梗塞 腎臓病

 前立腺肥大 胃潰瘍 緑内障

 その他：

 入院、手術を受けたことがあればご記入ください

 病名： 病医院名： いつごろ：

３．現在服用しているお薬やサプリメントはありますか？

 （ ）なし

 （ ）あり →薬の名前：

 ※お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。

４．タバコについて

 （ ）吸ったことがない

 （ ）吸っていたがやめた→ 歳から 歳まで 本/日

 （ ）現在吸っている → 歳から 本/日

５．飲酒されますか？

 （ ）いいえ

 （ ）はい → 歳から 歳まで

 頻度：（ ）ほぼ毎日 （ ）週に 日くらい

 お酒の種類：ビール 焼酎 日本酒 ウィスキー ワイン他（◯で囲んで下さい）

 1回量： ml、 本、 合

６．何かでアレルギーを起こしたことがありますか？

 （ ）いいえ

 （ ）はい →お薬： 食物：

７．女性の方へ

 現在妊娠中ですか？ （ ） いいえ （ ）はい →妊娠週数 週 （ ）不明

 現在授乳中ですか？ （ ） いいえ （ ）はい

ご協力ありがとうございました。受付にご提出の上、診察までしばらくお待ちください。

ご記入いただいた情報は診療のためだけに使用いたします。

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター

JA茨城県厚生連 総合病院 水戸協同病院